

SYNNYTYSPELKO
-TAUSTATIEDOT JA HOIDON TULOKSET

Veera Karvonen
Syventävien opintojen kirjallinen työ
Tampereen Yliopisto
Lääketieteen yksikkö
Elokuu 2015

Tampereen yliopisto
Lääketieteen yksikkö

KARVONEN VEERA: SYNNYTYSPELKO – TAUSTATIEDOT JA HOIDON TULOKSET

Kirjallinen työ, 20 s.
Ohjaajat: professori Jukka Uotila, LL Jutta Sikkinen

Lokakuu 2015

Avainsanat: keisarileikkaus, sektio, pelkopoliklinikka

Vaikeasta synnytyspelosta kärsii joka kymmenes raskaana oleva. Hankalan synnytyspelon taustalla on usein psyykkistä sairastavuutta, väkivaltakokemuksia tai aikaisempi komplisoitunut synnytys. Hoitamaton synnytyspelko varjostaa raskautta monin eri tavoin ja johtaa hyvin usein suunnitellun keisarileikkauksen toiveeseen. Synnytyspelkoa hoidetaan eri menetelmin sekä neuvoloissa että synnytyssairaaloiden pelkopoliklinikoilla joko kätilön, psykologin tai lääkärin toimesta.

Tutkimuksessamme selvitimme Tampereen yliopistollisessa sairaalassa vuonna 2013 synnyttäneiden synnytyspelkodiagnoosin saaneiden naisten taustatietoja, pelon kohteita ja hoidon tuloksia. Hoidon tuloksia arvioitiin tarkastelemalla lopullista synnytystapaa sekä alateitse synnyttäneiden synnytyksen sujuvuutta. Tietoja verrattiin kaikkiin Tampereen yliopistollisessa sairaalassa vuonna 2013 synnyttäneisiin. Tiedot kerättiin potilastietojärjestelmästä.

Tutkimuksemme perusteella synnytyspelosta kärsivillä on normaalia useammin psykiatrasta sairastavuutta. Uudelleensynnyttäjillä oli huomattavasti normaalia useammin takanaan aikaisempi komplisoitunut synnytys. Yleisimpiä pelon kohteita oli kivun ja komplikaatioiden pelko sekä pelko oman pärjäämisen ja lapsen hyvinvoinnin puolesta. Uudelleensynnyttäjät pelkäsivät usein edellisen synnytyskokemuksensa toistumista.

Tutkimuksessamme huomasimme, että alkuperäinen synnytystapatoive ja lopullinen synnytystapa eivät juuri lainkaan poikenneet toisistaan. Synnytyspelkopoliklinikan hoito ei vähentänyt suunniteltujen keisarileikkausten määrää.

SISÄLLYSLUETTELO

1 JOHDANTO	4
1.1 Yleistä synnytyspelosta	4
1.2 Pelon kohteet	4
1.3 Synnytyspelon taustatekijät ja syyt	4
1.4 Synnytyspelko toisessa raskaudessa	5
1.5 Pelon ilmenemismuodot	5
1.6 Keisarileikkauksen riskit	6
1.7 Miksi ja miten synnytyspelkoa hoidetaan	6
2 AINEISTO JA MENETELMÄT	7
3 TULOKSET	9
3.1 Synnyttäjien yleiset tiedot ja tausta	8
3.2 Pelkopoliklinikka	11
3.3 Pelon kohteet	11
3.4 Synnytys	12
4 POHDINTA	16
LÄHTEET	19

1 JOHDANTO

1.1 Yleistä synnytyspelosta

Vaikeasta synnytyspelosta kärsii noin 6-10 % synnyttäjistä (Areskog ym. 1982, Melender 2002, Rouhe ym. 2009). Synnytyspelko on yhtä yleistä ensi- ja uudelleensynnyttäjillä. Vaikea synnytyspelko varjostaa raskautta monin eri tavoin. Se lisää riskiä komplikaatioihin synnytyksen yhteydessä, vaikeuksiin varhaisen vuorovaikutussuhteen muodostumisessa sekä synnytyksen jälkeiseen masennukseen. Usein synnytyspelko johtaa elektiivisen keisarileikkauksen toiveeseen. (Areskog ym. 1984, Rouhe ym. 2009.) Suomessa, Ruotsissa ja Iso-Britanniassa 7-22% elektiivisistä keisarileikkauksista tehdään synnytyspelon tai äidin toiveen vuoksi (Saisto & Halmesmäki 2003a).

1.2 Pelon kohteet

Synnytyspelko voi kohdistua useaan eri asiaan. Kivun ja komplikaatioiden, kuten synnytyksen pitkittymisen tai keisarileikkaukseen joutumisen sekä repeämien pelko on yleistä. Synnyttäjä ei luota omiin kykyihinsä synnyttäjänä, pelkää menevänsä paniikkiin tai tekevänsä jotain väärin synnytyksen aikana, tai uskoo olevansa fyysisesti kykenemätön synnyttämään alakautta. Pelko syntyvän lapsen hyvinvointia kohtaan on yleistä. Synnyttäjät pelkäävät lapsen menehtyvän tai vammautuvan synnytyksen yhteydessä. Usein synnyttäjillä on myös hoitohenkilökuntaan kohdistuvia pelkoja. Pelätään hoitohenkilökunnan epäystävällisyyttä sekä tuen puutetta synnytyksen aikana, sekä sitä, ettei synnyttäjän anneta itse osallistua synnytystä koskeviin päätöksiin. (Melender 2002.)

1.3 Synnytyspelon taustatekijät ja syyt

Synnytyspelon taustatekijöitä on tutkittu paljon erityisesti Suomessa ja muissa pohjoismaissa. Tiettyjen persoonallisuuden piirteiden (pessimistinen, haavoittuva, ahdistunut, neuroottinen) sekä huonon itsetunnon on todettu lisäävän synnytyspelon riskiä. (Melender 2002, Saisto ym. 2001a, Saisto ym. 2001b). Psykiatrinen sairastavuus on synnytyspelosta kärsivillä kaksi kertaa yleisempää muihin verrattuna. Yleisimmät psykiatriset diagnoosit ovat masennus,

ahdistuneisuushäiriöt ja persoonallisuushäiriöt. (Rouhe ym. 2011.) Myös paniikki- ja syömishäiriöt ovat yleisiä (Saisto & Rouhe 2012). Tyytymättömyys parisuhteeseen sekä huono sosioekonominen asema, erityisesti työttömyys ja sosiaalisen tukiverkoston puute, lisäävät raskauden aikaista ahdistusta ja synnytyspelkoa. Myös puolison tyytymättömyys lisää synnytyspelon esiintymistä. (Saisto ym. 2001b.) Lähisuhdeväkivalta sekä seksuaalinen väkivalta ja hyväksikäyttö altistavat synnytyspelolle (Lukasse ym. 2010). Terveystieteiden tutkimuksissa työskentelevillä ammatin tuoma tietoisuus lisää synnytyspelon esiintyvyyttä (Melender 2002).

1.4 Synnytyspelko toisessa raskaudessa

Merkittävä synnytyspelon riskitekijä on aiempi komplisoitunut synnytys tai muuten negatiivinen synnytyskokemus. Toisessa raskaudessa synnytyspelosta kärsivien odottajien ensimmäinen synnytys oli huomattavasti normaalia useammin päätynyt hätäsektioon tai imuvetoon. Heillä esiintyi enemmän synnytyksen jälkeisiä komplikaatioita (istukkaretentio, vaikea repeämä tai vuoto) ensimmäisen synnytyksen yhteydessä. Sietämätön tai riittämättömästi hoidettu kipu altistaa synnytyspelolle seuraavassa raskaudessa, samoin tyytymättömyys hoitohenkilökuntaa kohtaan. Vaikka lääketieteellisesti tarkasteltuna ensimmäinen synnytys olisikin sujunut normaalisti, niin toisessa raskaudessa synnytyspelosta kärsivät olivat usein kokeneet ensimmäisen synnytyksen kaiken kaikkiaan negatiivisena ja pelottavana. Synnytyspelosta kärsivillä toissynnyttäjillä on taustalla enemmän keskenmenoja ennen ensimmäistä synnytystä sekä synnytysten välissä. (Rouhe ym 2009, Saisto ym. 1999.)

1.5 Pelon ilmenemismuodot

Synnytyspelko ilmenee monin eri tavoin. Synnytyspelosta kärsivillä on raskauden aikana tavallista enemmän psyykkisiä ja psykosomaattisia oireita, jotka ilmenevät muun muassa itkuisuutena, unettomuutena, takykardiana, levottomuutena ja hermostuneisuutena (Melender 2002). Myös fyysiset vaivat ovat yleisempiä, ja synnytyspelosta kärsivillä onkin enemmän neuvola- ja päivystyskäyntejä sekä sairauslomaa kuin raskaana olevilla keskimäärin (Saisto & Rouhe 2012). Synnytyspelko haittaa tavallisesta arkielämästä selviytymistä raskauden aikana ja estää monia nauttimasta raskaudestaan (Melender 2002). Hyvin usein

synnytyspelko johtaa elektiivisen keisarileikkauksen toiveeseen (Melender 2002, Rouhe ym. 2011).

1.6 Keisarileikkauksen riskit

Keisarileikkaukseen liittyy huomattavasti enemmän komplikaatioita verrattuna alatiesynnytykseen, joten alatiesynnytys on selvästi turvallisempi synnytystapa sekä äidin että lapsen kannalta. Pallasmaan ym. tutkimuksessa säännölliseen alatiesynnytykseen liittyi vakavia komplikaatioita 10.2 tapauksessa tuhatta synnytystä kohti, kun elektiivisen sektorin osalta lukema oli 18.0 ja kiireellisen sektorin osalta 31.6 (Pallasmaa ym 2015). Pallasmaan ym. toisessa tutkimuksessa keisarileikkaukseen liittyi komplikaatioita 27 %:ssa tapauksista ja vakavia komplikaatioita oli 10%:lla (Pallasmaa ym. 2010). Vaikka äidin kuolema synnytyksen yhteydessä on länsimaissa äärimmäisen harvinaista, liittyy elektiiviseen keisarileikkaukseen kolminkertainen kuolemanriski alatiesynnytykseen verrattuna. Merkittävän verenhukan sekä siitä johtuvan kohdunpoiston riski on moninkertainen alatiesynnytykseen verrattuna. Keisarileikkauksesta toipuminen on huomattavasti hitaampaa alatiesynnytykseen verrattuna. Antibioottiprofylaksiasta huolimatta kohtutulehduksen riski on 15-kertainen alatiesynnytykseen verrattuna ja leikkaushaava tulehtuu 4-7 %:lla. Keisarileikkaus lisää tromboembolisten komplikaatioiden määrää merkittävästi. Riski kuolla keuhkoveritulppaan keisarileikkauksen jälkeen on 26-kertainen alatiesynnytykseen verrattuna. Istukan kiinnittymiseen liittyvät ongelmat seuraavissa raskauksissa lisääntyvät keisarileikkauksen jälkeen. Keisarileikkaukseen liittyy suurentunut vastasyntyneen hengitysvaikeuksien riski, ja vastasyntyneen sopeutuminen kohdunulkoiseen elämään käynnistyy hitaammin. Synnytystavalla saattaa olla merkitystä myös lapsen myöhemmän terveyden kannalta. (Saisto & Halmesmäki 2003b.)

1.7 Miksi ja miten synnytyspelkoa hoidetaan

Synnytyspelko lisää paitsi keisarileikkausten määrää, niin myös tyytymättömyyttä synnytystä kohtaan, lapsivuodemasennuksen riskiä sekä ongelmia äidin ja lapsen varhaisen vuorovaikutussuhteen muodostumisessa (Areskog ym. 1984, Rouhe ym. 2011, Saisto ym. 2001a). Synnytyspelon hoidon vaikutuksia on tähän mennessä arvioitu lähinnä niiden odottajien määrällä, jotka hoidon seurauksena luopuvat keisarileikkaustoiveestaan ja

valitsevat synnytystavakseen alatiesynnytyksen. Suomalaisessa katsauksessa analysoitiin kahdeksan suomalaisen ja kansainvälisen tutkimuksen tulokset, ja niiden perusteella synnytyspelkoon hoitoa saaneista 50-88% kykeni valmistautumaan normaaliin synnytykseen (Rouhe ym. 2013, Saisto ym. 2001c, Saisto & Rouhe 2012). Synnytyspelkoa hoidetaan erilaisin menetelmin kättilön, synnytyslääkärin sekä psykologin toimesta joko yksilötapaamisten tai ryhmäterapian muodossa. Synnytyspelon ensisijainen hoitopaikka Suomessa on neuvola, mutta vaikeasta synnytyspelosta kärsivät sekä kaikki synnytyspelon vuoksi keisarileikkausta toivovat tulisi tarpeeksi varhaisessa vaiheessa ohjata synnytyssairaalan pelkopoliklinikalle.

Tampereen yliopistollisessa sairaalassa suoraan synnytyslääkärin arvioon ohjataan ne synnytyspelosta kärsivät, joilla on ehdoton keisarileikkaustoive tai jotka ovat saaneet lähetteen pelkopoliklinikalle vasta muutamaa viikkoa ennen synnytystä. Kaikki muut synnytyspelkoiset ohjataan kättilön vastaanotolle. Lähtökohtaisesti alatiesynnytystä toivovat ohjataan edelleen rentoutusryhmiin.

Tämän työn tarkoituksena on selvittää kuinka yleistä synnytyspelko on Tampereen yliopistollisessa sairaalassa synnyttävillä, synnytyspelosta kärsivien taustatietoja sekä miten pelko ilmenee. Selvitimme kuinka pelkoa hoidetaan ja kuinka synnytykset pelosta kärsivillä sujuivat.

2 Aineisto ja menetelmät

Tutkimusaineisto koostui kaikista Tampereen yliopistollisessa sairaalassa synnyttäneistä naisista, joille oli vuonna 2013 asetettu synnytyspelko-diagnoosi. Diagnoosi oli asetettu yhteensä 238 synnyttäjälle, joista mukaan tähän tutkimukseen otettiin 237 synnyttäjää. Yksi nainen oli saanut diagnoosin virheellisesti. Hänen kohdallaan ei ollut kysymys synnytyspelosta, vaan hänet oli lähetetty synnytyslääkärin arvioitavaksi alaselän tatuoinnin vuoksi. Tiedot kerättiin potilastietojärjestelmistä.

Tutkimusta varten naisista kerättiin yleisiä taustatietoja, kuten ikä, pariteetti ja äidinkieli. Heidän sairaushistoriansa osalta kerättiin tiedot kroonisista sairauksista ja säännöllisistä lääkityksistä, väkivalta- tai traumataustasta sekä ajankohtaiseen raskauteen liittyen raskausdiabeteksen tai -hypertension sairastavuudesta. Uudelleensynnyttäjien edellisen

synnytyksen osalta kerättiin synnytystapa, synnytykseen liittyneet komplikaatiot sekä alatiesynnytyksen kesto.

Synnytysspelon kohteet kerättiin ja luokiteltiin kymmeneen luokkaan: kipu, lapsen hyvinvointi, itsemääräämisoikeus, pärjääminen, epäluottamus hoitohenkilökuntaa kohtaan, epätietoisuus, kontrollin menetys, edellisen synnytyskokemuksen toistuminen, pitkittyminen tai muut komplikaatiot ja mahtuminen. Lisäksi arvioitiin oliko pelolle lääketieteellistä aihetta. Luokat määriteltiin sen perusteella, mitkä ovat yleisimpiä kirjallisuudessa esiintyviä synnytysspelon syitä.

Synnytysspelkopoliklinikan osalta kerättiin tieto millä raskausviikolla nainen oli neuvolasta tai äitiyspoliklinikalta lähetetty pelkopoliklinikalle, kuinka monta pelkopoliklinikkakäyntiä hänellä oli, ja oliko mukana rentoutuskäyntejä. Lisäksi kerättiin tieto oliko nainen käynyt synnytyslääkärin synnytystapa-arviossa.

Synnytystavan osalta kerättiin alkuperäinen synnytystapatoive (alatie, sektio), suunniteltu synnytystapa (alatie, sektio) sekä lopullinen toteutunut synnytystapa (alatie, imukuppi, elektiivinen sektio, kiireellinen sektio, hätäsektio).

Synnytystiedoista kerättiin raskauden kesto, alatiesynnytyksen kesto sekä tiedot kivunlievityksestä (epiduraali-, spinaali- ja paraservikaalipuudutus) ja käynnistyksestä. Syntyneen lapsen osalta kerättiin sukupuoli, paino, napaveren pH ja Apgar-pisteet. Lisäksi kerättiin tieto synnytys- ja puerperaalidiagnooseista sekä sairaalasta kotiutumispäivästä.

Tiedot kerättiin Microsoft Excel –taulukkoon ja analysoitiin systemaattisesti. Pariteetin vaikutusta pelon kohteisiin tutkittiin SPSS-ohjelman ristiintaulukoinnilla ja Khi toiseen testillä. P-arvoa <0.05 pidettiin tilastollisesti merkitseväenä.

Tuloksia verrattiin Tampereen yliopistollisen sairaalan vuoden 2013 koko synnyttäjämateriaaliin, jonka tiedot saatiin potilastietojärjestelmän Ipana-tilastosta.

3 Tulokset

3.1 Synnyttäjien yleiset tiedot ja tausta

Vuonna 2013 Tampereen yliopistollisessa sairaalassa synnytty 237 naista, joilla oli varmennettu synnytyspelkodiagnoosi. Kun samana vuonna synnytyksiä oli kaikkiaan 5213, diagnosoidun synnytyspelon esiintyvyys oli 4,5%.

Taulukossa 1 verrataan pelkodiagnoosin saaneista TAYS:n yleisen synnyttäjämateriaalin tietoihin vuonna 2013 siltä osin, kuin tietoja on saatavilla. Pelkodiagnoosin saaneista synnyttäjistä ensisynnyttäjiä oli 81 (34%) ja uudelleensynnyttäjiä 156 (66%) naista, kun koko synnyttäjämateriaalissa ensisynnyttäjiä oli 42%. Uudelleensynnyttäjät ovat siis ylliedustettuina synnytyspelkoisten joukossa. Ensisynnyttäjien keski-ikä oli 29,04 vuotta ja kaikkien synnyttäjien 30,39 vuotta. Suomi oli 225 (94,9%) synnyttäjän äidinkieli, 12 (5,1%) synnyttäjällä äidinkieli oli jokin muu. 86 (36,3%) synnyttäjällä oli yksi tai useampi krooninen sairaus. Mielenterveyshäiriöistä kärsi 43 (18,1%) synnyttäjää, kun koko synnyttäjämateriaalissa raskautta komplisoivan psykiatrisen tai neurologisen sairauden diagnoosi O99.3 oli annettu 61 naiselle, eli 1.2%:lle synnyttäjistä. Yleisin psykiatrinen diagnoosi oli masennus, jota sairasti 33 (13,9%) synnyttäjää. Seuraavaksi yleisimmät psykiatriset diagnoosit olivat paniikkihäiriö (9 kpl, 3,8%), persoonallisuushäiriö (8 kpl, 3,4%), päihdehäiriö (6 kpl, 2,5%) ja syömishäiriö (5 kpl, 2,1%). Tavallisimmat somaattiset diagnoosit olivat kilpirauhasen vajaatoiminta (22 kpl, 9,2%) ja astma (5,1%). Raskausdiabeteksestä kärsi 36 (15,2%) synnyttäjää. Säännöllinen lääkitys oli 50 (21,2%) synnyttäjällä. 16 (6,8%) synnyttäjää oli kokenut joko seksuaalista tai muuta väkivaltaa tai hyväksikäyttöä.

Taulukko 1.

	Synnytyspelko-diagnoosi n=237	Kaikki TAYS:ssa vuonna 2013 synnyttäneet n=5213
Ensisynnyttäjiä	34,2%	42,3%
Uudelleen synnyttäjiä	65,8%	57,7%
Keski-ikä ensisynnyttäjällä	29,04 vuotta	28,4 vuotta
Keski-ikä kaikilla	30,39 vuotta	30,3 vuotta
Krooninen sairaus	36,3%	
Psykiatrinen diagnoosi	18,1%	1,2%
Raskausdiabetes	15,2%	15,2%
Säännöllinen lääkitys	21,2%	
Traumatausta	6,8%	

Uudelleensynnyttäjien edellisen synnytyksen synnytystavat on koottu taulukkoon 2.

Aikaisempi synnytys oli siis päättynyt huomattavasti useammin operatiiviseen synnytykseen kuin yleisessä synnyttäjämateriaalissa. Komplikaatioita edellisessä synnytyksessä oli ollut kaikkiaan 93 (59,6%) naisella, kun huomioidaan imuvetoon päätyminen, kiireelliseen tai hätäkeisarileikkaukseen joutuminen, repeämät (8,3%), runsas vuoto (6,4%) ja vastasyntyneen ongelmat (5,7%). Edellisen synnytyksen kesto oli keskimäärin 8 tuntia 39 minuuttia.

Taulukko 2. Uudelleensynnyttäjien edelliset synnytystavat

	Synnytyspelko-diagnoosi	Kaikki TAYS:ssa vuonna 2013 synnyttäneet
Säännöllinen alatie	32,7%	78,2%
Elektiivinen sektio	15,4%	6,3%
Kiireellinen sektio	30,1%	8,1%
Hätäsektio	2,6%	0,8%
Imukuppi	18,6%	5,6%
Perätila	0,6%	1,1%

3.2 Pelkopoliklinikka

Tampereen yliopistollisen sairaalan pelkopoliklinikalle tullaan tavallisimmin neuvolan lääkärin tai terveydenhoitajan lähettämänä. Pelkopoliklinikalla synnyttäjät tapaavat synnytyspelon hoitoon perehtyneen kätilön. Käynnit ovat yksilötapaamisia. Alatiesynnytystä toivovat ohjataan edelleen rentoutusryhmiin, mikäli synnyttäjä sitä toivoo. Ensisijaisesti keisarileikkausta toivovat ohjataan synnytyslääkärin arvioon joko suoraan tai pelkopoliklinikan kätilön vastaanoton kautta. Synnytyspelkopoliklinikalla kävi 125 (52,7%) synnyttäjää. Loput synnytyspelko-diagnoosin saaneet kävivät pelkästään synnytyslääkärin arviossa. Heistä 101 (80,8%) kävi pelkopoliklinikalla yhden kerran, 7 (5,6%) kaksi kertaa, 11 (8,8%) kolme kertaa ja 6 (4,8%) neljä kertaa. Rentoutuskäyntejä oli 21 (16,8%) synnyttäjällä. Niistä naisista, jotka kävivät pelkopoliklinikalla, oli tehty sinne lähete neuvolasta tai äitiyspoliklinikalta keskimäärin viikolla 25 (vaihteluväli 6-34). 70,4%:lla pelkopoliklinikalla käyneistä synnyttäjistä oli alun perin toiveena alatiesynnytys, ja vain 29,6%:lla pelkopoliklinikalle ohjautuneista oli primaari sektio-toive. Niillä synnyttäjillä, jotka eivät käyneet pelkopoliklinikalla, oli puolestaan keisarileikkaustoive alussa 61,6%:lla.

3.3 Pelon kohteet

Synnyttäjien pelon kohteet luokiteltiin kymmeneen luokkaan: kipu, lapsen puolesta, itsemääräämisoikeus, pärjääminen, epäluottamus hoitohenkilökuntaa kohtaan, epätietoisuus,

kontrollin menetys, komplikaatiot ja mahtuminen. Ensisynnyttäjistä viiden ja uudelleensynnyttäjistä yhdeksän kohdalla pelon kohteita ei ollut lainkaan kirjattu potilastietojärjestelmään. Tarkasteltaessa koko materiaalia yleisimmät pelon kohteet olivat kipu (49,8%), komplikaatioiden pelko (44,8%) ja pärjääminen (39,9%). Nämä olivat yleisimmät pelon kohteet myös tarkasteltaessa erikseen ensisynnyttäjiä.

Uudelleensynnyttäjillä kivun ja komplikaatioiden pelon jälkeen pelättiin eniten aiemman negatiivisen synnytyskokemuksen toistumista. Verrattaessa ensi- ja uudelleensynnyttäjien pelon kohteita, olivat kivun ja kontrollin menetyksen sekä epätietoisuuden aiheuttama pelko merkitsevästi yleisempiä ensisynnyttäjillä. Muiden pelon kohteiden osalta tilastollisesti merkitseviä eroja ei ensi- ja uudelleensynnyttäjien välillä ollut. Lääketieteellistä aihetta synnytyspelkoon katsottiin olevan 29 (12,2%) synnyttäjällä. Tavallisin syy oli sikiön perätila (16 kpl, 6,8%).

Taulukko 4. Synnytyspelon kohteet

	Ensisynnyttäjät (N=72)	Uudelleensynnyttäjät (N=151)	P- arvo
Kipu	59,7%	45,0%	0.040
Lapsen puolesta	37,5%	25,2%	0.058
Itsemääräämisoikeus	4,2%	5,3%	0.715
Pärjääminen	45,8%	37,1%	0.212
Epäluottamus	4,2%	5,3%	0.715
Epätietoisuus	12,5%	4,6%	0.03
Kontrollin menetys	25,0%	8,6%	0.001
Edellinen kokemus	-	41,1%	-
Komplikaatiot	40,3%	47,0%	0.344
Mahtuminen	11,1%	14,6%	0.479

3.4 Synnytys

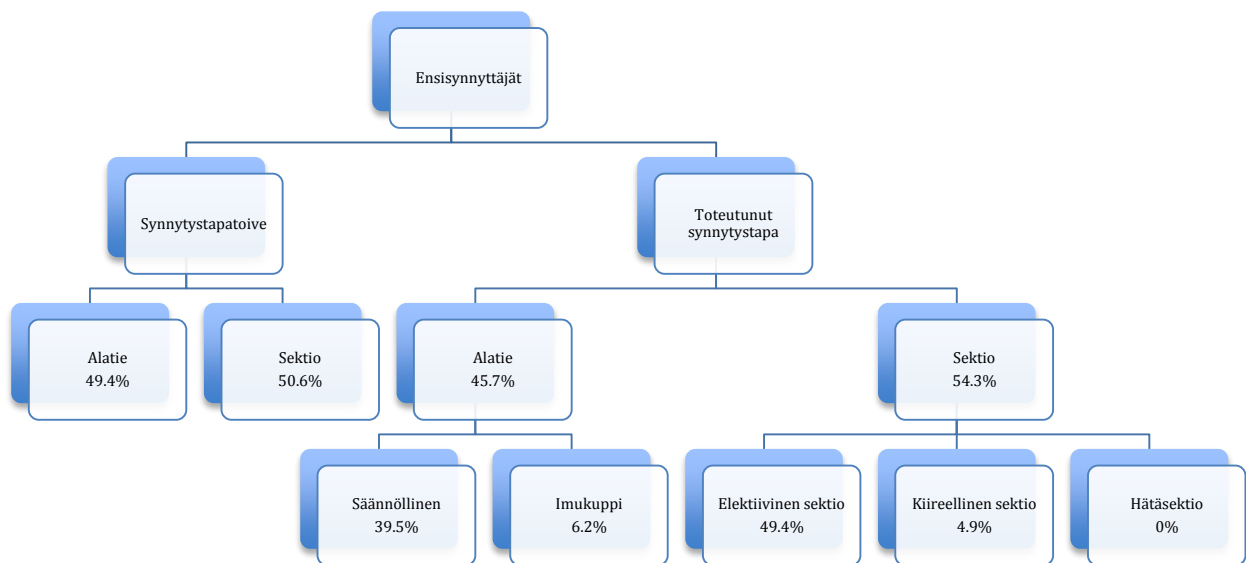
Synnyttäjistä alatiesynnytystoive oli alussa 131 (55,3%) naisella ja keisarileikkausta toivoi 106 (44,7%) synnyttäjää. Ensisynnyttäjistä alatiesynnytys oli toiveena 40 naisella ja

keisarileikkaus 41 naisella. Uudelleensynnyttäjistä 91 toivoi alatiesynnytystä ja 65 keisarileikkausta.

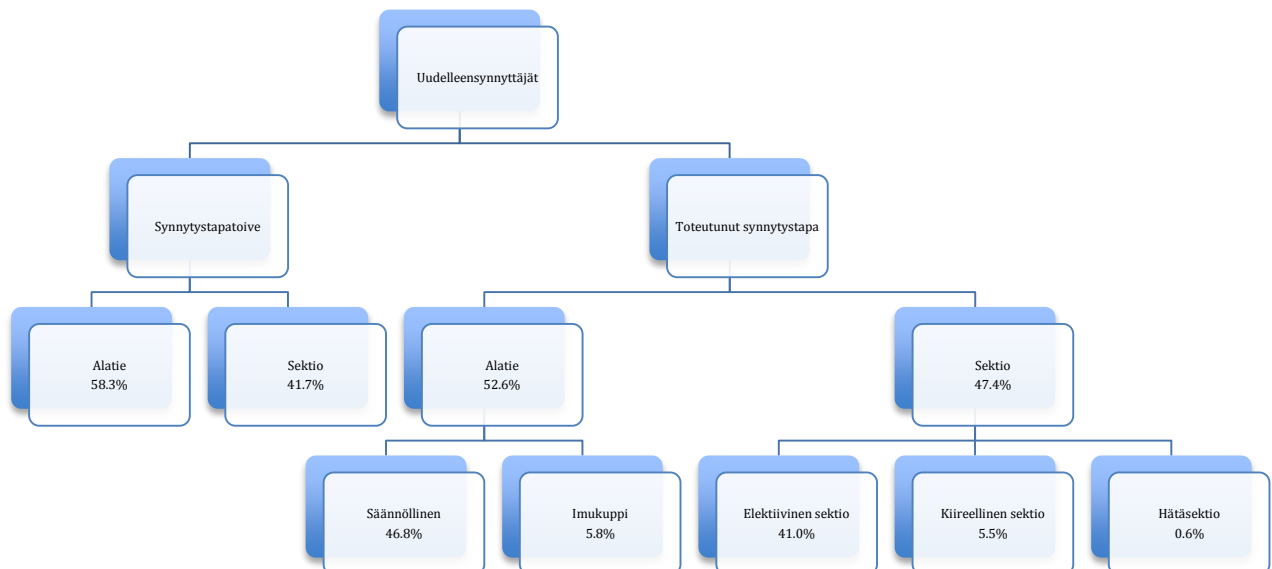
Pelkopoliklinikan käyntien ja/tai synnytyslääkärin arvion jälkeen synnytystavaksi valittiin elektiivinen keisarileikkaus 101 (42,6%) synnyttäjän kohdalla. 136 (57,4%) synnyttäjän kohdalla suunnitelmassa oli alatiesynnytys. Ensisynnyttäjistä synnytystavaksi valittiin alatiesynnytys 42 ja keisarileikkaus 39 synnyttäjän kohdalla. Uudelleensynnyttäjillä luvut olivat 94 ja 62. Pelkopoliklinikalla käyneistä alatiesynnytykseen valmistautui 91 (72,8%) synnyttäjää.

Taulukko 5. Synnytystapatoive, suunniteltu synnytystapa ja toteutunut synnytystapa ensisynnyttäjillä verrattuna uudelleensynnyttäjiin

	Ensisynnyttäjät n=81	Uudelleensynnyttäjät n=156
Synnytystapatoive alussa: alatie	49,4%	58,3%
Synnytystapatoive alussa: sektio	50,6%	41,7%
Suunniteltu synnytystapa: alatie	50,6%	59,6%
Suunniteltu synnytystapa: sektio	49,4%	40,4%
Toteutunut synnytystapa: säännöllinen alatie	39,5%	46,8%
Toteutunut synnytystapa: imukuppi	6,2%	5,8%
Toteutunut synnytystapa: elektiivinen sektio	49,4%	41,0%
Toteutunut synnytystapa: Kiireellinen sektio	4,9%	5,8%
Toteutunut synnytystapa: häätäsektio	-	0,6%



Kuva 1. Ensisynnyttäjien synnytystapatoiveet ja toteutuneet synnytystavat



Kuva 2. Uudelleensynnyttäjien synnytystapatoiveet ja toteutuneet synnytystavat

Taulukko 6. Synnytystapatoive, suunniteltu synnytystapa ja toteutunut synnytystapa pelkopoliklinikalla käyneillä verrattuna pelkopoliklinikalla käymättömiin

	Pelkopoliklinikka n=125	Ei pelkopoliklinikkaa n=112
Synnytystapatoive alussa: alatie	70,4%	38,4%
Synnytystapatoive alussa: sektio	29,6%	61,6%
Suunniteltu synnytystapa: alatie	72,8%	40,2%
Suunniteltu synnytystapa: sektio	27,2%	59,8%
Toteutunut synnytystapa: säännöllinen alatie	54,4%	33,0%
Toteutunut synnytystapa: imukuppi	7,2%	4,5%
Toteutunut synnytystapa: elektiivinen sektio	30,4%	58,9%
Toteutunut synnytystapa: kiireellinen sektio	7,2%	3,6%
Toteutunut synnytystapa: hätäsektio	0,8%	-

Taulukko 7. Alatiesynnytyksen toteutuminen synnytyspelosta kärsivillä verrattuna TAYS:n yleiseen synnyttäjämateriaaliin

	Synnytyspelko-diagnoosi	Kaikki Taysissa vuonna 2013 synnyttäneet
Raskauden kesto	39+3	
Synnytyksen kesto	9 h 21 min	
Jokin kivunlievitys	91,6%	93,7%
Epiduraali	63,0%	48,9%
Spinaali	30,3%	17,6%
PCB	33,0%	23,1%
Käynnistys (alatiesynnytykseen valmistautuneet)	33,1%	21,1%
Päivystyssektio	9,6%	8,1%
Hätäsektio	0,7%	0,8%
Imukuppisynnytys	10,3%	5,6%
Syntymäpaino	3580 g	
Apgar 5 min <7	0,13%	1,8%
pH <7.05	0,8%	1,0%

4. Pohdinta

Uudelleensynnyttäjiä oli synnytyspelosta kärsivien joukossa enemmän kuin synnyttäjien joukossa yleensä, mikä olikin odotettavissa, sillä aikaisempi komplisoitunut synnytys on synnytyspelon merkittävin riskitekijä (Saisto & Rouhe 2012). Iän puolesta synnytyspelkoisten joukko ei eronnut muusta synnyttäjämateriaalista.

Psykiatrasta sairastavuutta aineistossamme oli Rouheen ym. (2011) tutkimukseen verrattuna huomattavasti vähemmän. Rouheen ym. (2011) tutkimuksessa psykiatrasta hoitoa sai 54.0 % synnytyspelosta kärsivistä, kun omassa aineistossamme heidän osuutensa oli 18.1 %. Tosin omassa tutkimuksessamme otettiin huomioon ainoastaan ajankohtaisen raskauden aikainen

sairastavuus, kun Rouheen ym. (2011) tutkimuksessa naisia seurattiin useita vuosia ennen ja jälkeen raskauden. Omia tuloksiamme varmasti myös vääristää se, että aineistomme perustuu pelkästään yliopistollisen sairaalan potilastietojärjestelmään, minkä vuoksi sieltä puuttuu tieto perusterveydenhuollon tai yksityissektorin piirissä hoidettavista mielenterveyshäiriöistä, ellei synnyttäjä itse ole tuonut asiaa esiin yliopistosairaalakäyntien yhteydessä. Joka tapauksessa, myös omassa tutkimuksessamme synnytyspelosta kärsivillä oli huomattavasti enemmän psykiatrasta sairastavuutta verrattuna normaaliin synnyttäjämateriaaliin.

Samoin kuin aiemmissakin tutkimuksissa (Saisto ym. 1999, Rouhe ym 2009) on huomattu, uudelleensynnyttäjien edellinen synnytys oli meidänkin aineistossamme selvästi normaalia useammin päätynyt keisarileikkaukseen tai imuvetoon. Myös hankalat repeämät, runsaat vuodot sekä pitkittynyt synnytys olivat yleisempiä synnytyspelkoisten joukossa.

Yleisimmät pelon kohteet olivat tutkimuksessamme samoja kuin aiemmissa tutkimuksissa (Melender 2002). Yleisimmät pelon kohteet olivat kivun ja komplikaatioiden pelko sekä pelko omasta pärjäämisestä ja lapsen hyvinvoinnin puolesta. Ensisynnyttäjillä kontrollin menetyksen pelko sekä luonnollisesti epätietoisuuden aiheuttama pelko olivat merkitsevästi yleisempiä kuin uudelleensynnyttäjillä. Uudelleensynnyttäjillä yksi suurimmista pelon kohteista oli aiemman negatiivisen synnytyskokemuksen toistuminen.

Tutkimuksessamme havaitsimme, että alkuvaiheen synnytystapatoiveet vastasivat melko tarkasti lopullista synnytystapaa. Toissynnyttäjät synnyttivät alateitse hieman useammin kuin ensisynnyttäjät ja pelkopoliklinikalla käyneet huomattavasti useammin kuin he, jotka eivät pelkopoliklinikan hoitoa saaneet. Pelkopoliklinikkakäynnit eivät kuitenkaan vähentäneet elektiivisten sektiodien määrää, vaan pelkopoliklinikalle ohjautuneista odottajista alatiesynnytystoive oli jo alun perin huomattavasti suuremmalla osalla kuin pelkästään synnytyslääkärin arvioon päätyneillä odottajilla. Niissä tutkimuksissa, joissa suurin osa alun perin keisarileikkausta toivoneista on hoidon jälkeen päätynyt valitsemaan alatiesynnytyksen, on hoito ollut huomattavasti intensiivisempää kuin omassa tutkimuksessamme (Saisto ym. 2001c, Rouhe ym. 2013). Omassa aineistossamme yli 80% pelkopoliklinikalla käyneistä kävi siellä vain kerran. Vaikkei pelkopoliklinikan hoito tutkimuksessamme juurikaan vähentänyt keisarileikkausten määrää, niin olisi ollut

mielenkiintoista tietää, olivatko pelkopoliklinikalla käyneet, ja erityisesti rentoutukseen osallistuneet, tyytyväisempiä synnytyksiinsä. Valitettavasti tätä ei ollut mahdollisuutta tutkia, sillä potilastietojärjestelmään ei vielä vuonna 2013 kerätty synnyttäjän kokemusta synnytyksestään.

Pelkopoliklinikalla kävi vain hiukan yli puolet pelkodiagnoosin omaavista synnyttäjistä. Osa lähetettiin keisarileikkaustoiveen vuoksi suoraan lääkärin synnytystapa-arvioon, osa puolestaan yritettiin lähettää pelkopoliklinikalle, mutta lähete tehtiin liian myöhäisessä vaiheessa raskautta, eikä pelkopoliklinikalle siksi ollut enää mahdollista päästä. Olisikin hyvin tärkeää tehdä lähete pelkopoliklinikalle tarpeeksi ajoissa. Pelkopoliklinikalle päätyneistä oli tehty lähete sinne keskimäärin raskausviikolla 25.

Epiduraali-, spinaali- ja paraservikaalipuudutukset olivat selvästi yleisempiä synnytyspelosta kärsivillä, ja lukujen perusteella heillä lienee yleisempää myös useamman kuin yhden puudutustavan samanaikainen käyttö. Synnytyspelosta kärsivien synnytys käynnistettiin useammin kuin muilla ja heidän alatiesynnytyksensä päättyi normaalia useammin imuvetoon. Alatiesynnytyksen valinneilla saatetaan usein sopia käynnistyksestä varhaisemmassa vaiheessa kuin niillä synnyttäjillä, jotka eivät synnytyspelosta kärsi, mikä varmasti lisää käynnistysten määrää. Mahdollisesti myös imuvetoon päädytään herkemmin äidin väsyessä. Sen sijaan päivystyssektioon tai hätäsektioon päätyminen ei alatiesynnytystä yrittäneillä ollut yleisempää kuin muilla.

Yhteenvetona voidaan todeta, ettei synnytyspelon hoito Tampereen yliopistollisen sairaalan pelkopoliklinikalla vähentänyt elektiivisten sektioiden määrää, mikä on yksi synnytyspelon hoidon päätavoitteista yleisesti. Toki pelkopoliklinikan hoidolla on muitakin tavoitteita, kuten lisätä synnyttäjän tyytyväisyyttä synnytystä kohtaan ja ylipäättään parantaa synnyttäjän elämänlaatua raskauden aikana mutta näitä vaikutuksia ei ollut tämän tutkimuksen asetelmalla mahdollista mitata. Mikäli kuitenkin sektioiden määrää halutaan vähentää, tulee pelkopoliklinikan hoitomuotoja kehittää paremmin vastaamaan tähän tavoitteeseen.

Lähteet

- Areskog B, Kjessler B, Uddenberg N. Identification of women with significant fear of childbirth during late pregnancy. *Gynecol Obstet Invest* 1982;13:98-107.
- Areskog B, Uddenberg N, Kjessler B. Postnatal emotional balance in women with and without antenatal fear of childbirth. *J Psychosom Res* 1984;28:213-20.
- Lukasse M, Vangen S, Olan P ym. Childhood abuse and fear of childbirth – a population-based study. *Birth* 2010;37:267-74.
- Melender HL. Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. *Birth* 2002;29:101-11.
- Pallasmaa N, Ekblad U, Aitokallio-Tallberg A ym. Cesarean delivery in Finland: maternal complications and obstetric risk factors. *Acta Obst Gyn Scand* 2010;89:896-902.
- Pallasmaa N, Ekblad U, Gissler M ym. The impact of maternal obesity, age, pre-eclampsia and insulin dependent diabetes on severe maternal morbidity by mode of delivery – a register-based cohort study. *Arch Gynecol Obstet* 2015;291:311-8.
- Rouhe H, Salmela-Aro K, Halmesmäki E ym. Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG* 2009;116:67-73.
- Rouhe H, Salmela-Aro K, Gissler M ym. Mental health problems common in women with fear of childbirth. *BJOG* 2011;118:1104-1111.
- Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R ym. Obstetric outcome after intervention for severe fear of childbirth in nulliparous women – randomised trial. *BJOG* 2013;120:75-84.
- Saisto T, Ylikorkala O, Halmesmäki E. Factors associated with fear of delivery in second pregnancies. *Obstet Gynecol* 1999;94:679-82.
- Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE ym. Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *BJOG* 2001a;108:492-8.
- Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE ym. Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression: a longitudinal study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001b;80:39-45.
- Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE ym. A randomized controlled trial of intervention in fear of childbirth. *Obstet Gynecol* 2001c;98:820-6.
- Saisto T, Halmesmäki E. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2003a;82:201-8.
- Saisto T, Halmesmäki E. Keisarileikkauksen riskit. *Duodecim* 2003b;119:593-8.

Saisto T, Rouhe H. Synnytyspelon taustatekijät ja hoitotulokset tutkimuksen valossa. Suomen lääkärilehti 2012;42:3007-12.